

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE PRESERVA CONFORME A LA PÓLIZA
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES

TIPO DE RECLAMACIÓN:

☐

ACCIDENTE

☐

EMBARAZO

☐

ENFERMEDAD

COBERTURA (S) AFECTADAS (S): ☐ RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN☐INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO  
O TRATAMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE:			NÚMERO DE PÓLIZA:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE ASEGURADO AFECTADO			R.F.C. O C.U.R.P.:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE ASEGURADO AFECTADO			R.F.C. O C.U.R.P.:
NÚMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO:		FECHA DE NACIMIENTO: (DÍA / MES / AÑO)	SEXO:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO CON EL TITULAR:	TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO:
OCUPACIÓN O PROFESIÓN:	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA:		GIRO DE LA EMPRESA:
DOMICILIO/CALLE:	NÚMERO EXTERIOR:	NÚMERO INTERIOR:	COLONIA:
CÓDIGO POSTAL:	DELEGACIÓN		ESTADO:

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD: (DÍA/ MES/ AÑO)	INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTE
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD: (DÍA/ MES/ AÑO)	INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN
¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO?	
SI ES ACCIDENTE DETALLESE ¿COMÓ Y DÓNDE FUE?:	AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INDIQUE COMPAÑÍA:
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	INDIQUE NÚMERO DE SINIESTRO:
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO DÍAS ANTES DE ESTACIA:	TIPO DE HOSPITAL: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO
PERÍODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)	NÚMERO DÍAS DE ESTACIA:
NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) MÉDICOS (S) TRATANTE (S):	ESPECIALIDAD DEL (LOS) DOCTORES (ES):
MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS:	CAUSA Y FECHA:

## DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- 1.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO)
- 2.- EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NÚMERO DE DÍAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA)
- 3.- FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MÉDICOS EROGADOS POR LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITALES PRIVADOS)
- 4.- EN SU CASO, INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE
- 5.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE)
- 6.- INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (NOTAS MÉDICAS DEL HOSPITAL)
- 7.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FÍSICA
- 8.- LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MÉDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNOSTICO

### NOTA:

AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYAN ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑÍA, AÚN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑÍA PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 505, Piso 43, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., teléfono 01 800 627 2292, correo electrónico [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com) o visite la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, México D.F., teléfono 55 5340 0999 en el D.F. y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

La Legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la Documentación Contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet [www.segurosbanorte.com](http://www.segurosbanorte.com).

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro Básico Estandarizado de Gastos Médicos quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **08 de julio de 2016**, con el número **CNSF-S0001-0641-2015**.